

THE DHS PROGRAM - ENQUÊTE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ

INTERVIEW DE SORTIE DE LA CLIENTE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SANITAIRE

NUMERO DE LA STRUCTURE

--	--	--	--	--

NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE
[DE LA LISTE DE PERSONNEL]

--	--

CODE DU CLIENT (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)

--	--	--

INFORMATION SUR L'INTERVIEW

Date:

JOUR

--	--	--

MOIS

--	--	--

ANNEE

2	0	2	
---	---	---	--

Nom de l'enquêteur :

CODE DE L'ENQUETEUR

--	--	--	--

1. Informations sur la visite - PLANIFICATION FAMILIALE

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A												
	<p>LIRE AU(A LA) CLIENT (E): Bonjour, je suis _____ . Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons [AGENCE D'EXECUTION]. Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des structures sanitaires dans [PAYS]. Afin d'améliorer les services qu'offre cette formation, nous voudrions vous poser quelques questions sur votre consultation d'aujourd'hui.</p> <p>Veuillez savoir que la participation à cette interview est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevrez à n'importe quelle visite future. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question, et vous pouvez arrêter l'interview à tout moment.</p> <p>Les informations de cette enquête seront fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date de consultation ne seront divulgués, ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez qu'on arrête l'interview, je vous prie de me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Etes-vous d'accord de commencer l'interview ?</p>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px; background-color: black; color: white; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25px; height: 25px; background-color: black; color: white; text-align: center;">0</td> <td style="width: 25px; height: 25px; background-color: black; color: white; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="width: 25px; text-align: center;">JOUR</td> <td style="width: 25px; text-align: center;">MOIS</td> <td colspan="4" style="width: 150px; text-align: center;">ANNEE</td> </tr> </table>				2	0	2	JOUR	MOIS	ANNEE				
			2	0	2										
JOUR	MOIS	ANNEE													
	Signature de l'enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)														
100	Puis-je commencer l'interview?	OUI 1 NON 2	FIN												
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW	<input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> : <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
102	ENREGISTREZ LE SEXE DU REONDANT	MASCULIN 1 FEMININ 2													
103	Faisiez-vous quelque chose pour éviter une grossesse avant que vous ne veniez ici aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	105												
104	Avez-vous utilisé une méthode de planification familiale ou avez-vous pris des mesures pour empêcher une grossesse à tout moment durant les 6 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	112												
105	Quelle est la (dernière) méthode que vous utilisez ? SI DES CONDOMS ÉTAIENT UTILISÉS EN COMBINAISON AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODES. SONDEZ	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEUL..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIÉ)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I PILULE DU LENDEMAIN J COLLIER DU CYCLE (MÉTHODE DES JOURS FIXES)..... K MÉTHODES NATURELLES (ABSTINENCE PÉRIODIQUE) L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES)..... N ALLAITEMENT (MAMA) O AUTRE _____ X (SPECIFIER)													

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
106	Le prestataire vous a-t-il demandé aujourd'hui si vous aviez (ou avez eu) un problème avec la méthode ?	OUI 1 NON 2	
107	Aviez-vous eu (avez-vous eu) un problème avec la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 110
108	Aviez-vous fait mention de ce problème au prestataire pendant la consultation?	OUI 1 NON 2	
109	Le prestataire vous a-t-il suggéré des actions que vous devriez entreprendre pour résoudre le problème ?	OUI 1 NON 2	
110	Quels étaient les résultats de cette visite -- avez-vous décidé de continuer (recommencer) la même méthode ou de changer de méthode ?	CONTINUER AVEC OU RECOMMEN. MEME. METH. 1 CHANGER DE METHODE..... 2 ARRETER UTILISATION (EN RAISON DE PROBLEMES) 3 ARRETER UTILISATION (PERSONNEL-PAS DE PROB.) 4	→ 201
111	Avez-vous pensé de changer de méthodes, avant de venir ici aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	→ 113 → 115
112	Avez-vous pensé à la méthode de planification familiale que vous alliez utiliser avant que vous ne veniez ici aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	→ 115
113	Quelle était cette méthode? SI LA CLIENTE MENTIONNE LES CONDOMS EN COMBINAISON AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODES.	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEUL..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIÉ)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I PILULE DU LENDEMAIN J COLLIER DU CYCLE (MÉTHODE DES JOURS FIXES)..... K MÉTHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE) L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) M STERILISATION FEMININE (LIGATION DES TROMPES)..... N ALLAITEMENT (MAMA) O AUTRE _____ X (SPECIFIER)	
114	Le prestataire vous a-t-il parlé des méthodes que vous venez de mentionner?	OUI 1 NON 2	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
115	<p>De quelles (autres) méthodes de planification familiale le prestataire vous a-t-il parlé?</p> <p>ENCERCLEZ TOUTES LES METHODES MENTIONNEES</p>	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEUL..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I PILULE DU LENDEMAIN J COLLIER DU CYCLE (METHODE DES JOURS FIXES)..... K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE) L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES).... N ALLAITEMENT (MAMA) O AUTRE _____ X (SPECIFIER)	
116	<p>Quelle méthode de planification familiale avez-vous reçue ou pour laquelle avez-vous obtenue une prescription ou une référence ?</p> <p>ENCERCLEZ TOUTES LES MÉTHODES QUE LA CLIENTE A REÇUES (REC) OU POUR LESQUELLES ELLE A EU UNE PRESCRIPTION OU UNE RÉFÉRENCE (PRES).</p> <p>SI LA CLIENTE CONTINUE D'UTILISER UNE MÉTHODE ANTÉRIEURE ET N'A REÇU NI MÉTHODE, NI PRESCRIPTION, NI RÉFÉRENCE A CETTE VISITE, ENCERCLEZ LE CODE "Y".</p> <p>VÉRIFIEZ LE PAQUET OU LA PRESCRIPTION POUR CONFIRMER LE TYPE DE PILLULE OU D'INJECTION</p> <p>[PASSEZ A 201 SI LES DEUX "Z" SONT ENCERCLES, CAD NI METHODE REÇUE NI PRESCRITE] AUTREMENT CONTINUEZ A Q117</p>	PRES PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEUL..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I PILULE DU LENDEMAIN J COLLIER DU CYCLE (METHODE DES JOURS FIXES)..... K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE) L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES).... N ALLAITEMENT (MAMA) O AUTRE _____ X (SPECIFIER) CONTINUE LA METHODE DE Q105 . Y PAS DE METHODE. Z 	REC A B C D E F G H I J K L M N O X Y Z 201
117	Pendant votre consultation, le prestataire a-t-il :	OUI	NON
01	Expliqué comment utiliser la méthode?	COMMENT UTILISER	1 2 8
02	Parlé des effets secondaires possibles?	PARLE EFF. SECOND.	1 2 8
03	Dit quoi faire si vous aviez des problèmes ?	QUOI FAIRE SI PROBLEME	1 2 8
04	Dit quand revenir pour le suivi ?	DIT QUAND REVENIR	1 2 8

NO.	QUESTIONS		CODES	ALLER A
118	MARQUEZ CI-DESSOUS LA MÉTHODE ENCERCLÉE A LA QUESTION 116. PUIS, POSEZ A LA CLIENTE LA QUESTION LIÉE À CETTE MÉTHODE.			
A	PILULE (N'IMPORTE LAQUELLE)	Combien de fois pouvez-vous prendre la pilule?	UNE FOIS PAR JOUR..... 1 AUTRE 2 NSP 8	
B	CONDOM (MASCULIN)	Combien de fois pouvez-vous utiliser le même condom ?	UNE FOIS 1 AUTRE 2 NSP 8	
C	CONDOM (FEMININ) [ADAPTE AU PAYS, DEPEND DU TYPE DE CONDOM FEMININ DISPONIBLE]	Quel type de lubrifiant pouvez-vous employer avec le condom féminin ?	TOUTE HUILE OU LUBRIFIANT 1 AUTRE 2 NSP 8	
D	DIU/STERILET	Que pouvez-vous faire pour vous assurer que votre DIU (Stérilet) est bien en place?	VERIFIER LE FIL 1 AUTRE 2 NSP 8	
E	PROGESTATIFS INJECT. (EX. DEPO-PROVERA, SAYANA)	Quelle est la durée de protection de l'injection contre la grossesse ?	2-3 MOIS 1 AUTRE 2 NSP 8	
F	INJECTION MENSUEL (NORIGYNON)	Quelle est la durée de protection de l'injection contre la grossesse ?	1 MOIS 1 AUTRE 2 NSP 8	
G	IMPLANT [ADAPTE AU PAYS, DEPEND DU TYPE D'IMPLAN DISPONIBLE]	Quelle est la durée de pro- tection de votre implant contre la grossesse?	3-5 ANS 1 AUTRE 2 NSP 8	
H	METHODE NATURELLE (RHYTHME/ ABSTINENCE PERIODIQUE/COLIER DU CYCLE)	Comment reconnaissiez- vous les jours où vous ne devriez pas avoir de rapports sexuels ?	ELEVATION DE LA TEMPERATURE CORPORELLE A GLAIRE CERVICALE DANS LE VAGIN B JOURS 12-16 DU CYCLE MENST... C JOURS DES PERLES BLANCHES DU COLLIER/JOURS 8-19 DU CYCLE MENSTRUEL D AUTRE X NSP Z	
I	VASECTOMIE	Combien de temps devrez- vous attendre après la vasectomie pour être sûre que vous ne pouvez plus rendre une femme enceinte?	PROTECTION IMMEDIATE 1 1-3 MOIS 2 SEULEMENT APRES 3 MOIS OU 30 EJACULATIONS 3 NSP 8	
J	LIGATION DES TROMPES	Combien de temps devrez- vous attendre après la ligature des trompes pour être sûre que vous ne pouvez plus tomber enceinte?	PROTECTION IMMEDIATE 1 1-3 MOIS 2 SEULEMENT APRES 3 MOIS 3 NSP 8	
K	MAMA	Pouvez- vous utiliser cette methode si votre cycle menstruel reprend?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
119	La [Méthode] protège-t-elle contre des infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA ? CITEZ LA METHODE COCHEE AU 116		OUI 1 NON 2 NSP 8	

2. Satisfaction de la cliente

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A			
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur les services que vous avez reçus aujourd'hui. Je voudrais avoir votre avis sincère au sujet de choses à propos desquelles nous allons parler. Ces informations aideront à améliorer les services de planification familiale.</p>						
201	<p>Combien de temps avez-vous attendu entre le moment de votre arrivée à ce service et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation?</p> <p>ESSAYEZ DE DÉTERMINER LE TEMPS D'ARRIVÉE DE LA CLIENTE DANS LA STRUCTURE ET QUAND LA STRUCTURE OUVRE POUR LES SERVICES.</p> <p>NOUS SOMMES INTERESSÉS AU TEMPS D'ATTENTE DEPUIS L'HEURE D'OUVERTURE NORMALE DE LA STRUCTURE</p>	<p>MINUTES</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table> <p>A VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000</p> <p>NSP . 998</p>				
202	<p>Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les clientes rencontrent dans les formations sanitaires. A chaque fois que je mentionne l'un d'entre eux, dites-moi SVP, s'il était un problème pour vous aujourd'hui ; et si oui, s'il était un <u>grand</u> problème ou un <u>petit</u> problème pour vous.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">PAS DE PROB-</td> <td style="width: 20%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">GRAND PETIT LEME NSP</td> </tr> </table>				PAS DE PROB-	GRAND PETIT LEME NSP
	PAS DE PROB-	GRAND PETIT LEME NSP				
01	Le temps d'attente	1 2 3 8				
02	La capacité de discuter des problèmes ou des préoccupations concernant votre méthode de PF avec le prestataire?	1 2 3 8				
03	Les explications que vous avez reçues sur les méthodes de planification familiale	1 2 3 8				
04	L'intimité par rapport à d'autres qui vous voient en train d'être examinée.	1 2 3 8				
05	L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation.	1 2 3 8				
06	La disponibilité des médicaments ou des méthodes de planification familiale dans la structure	1 2 3 8				
07	Les heures de service dans cette structure	1 2 3 8				
08	Le nombre de jours de consultation mis à votre disposition .	1 2 3 8				
09	La propreté de la structure	1 2 3 8				
10	La manière dont le personnel vous a traité	1 2 3 8				
11	Le coût des services ou du traitement	1 2 3 8				
203	Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paye pour vous en partie ou la totalité des services que vous recevez dans cette structure ou tout autre structure?	<p>OUI. 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP. 8</p>				
204	Vous a-t-on facturé, ou avez-vous payé quelque chose pour des services reçus aujourd'hui ?	<p>OUI. 1</p> <p>NON 2</p>	→ 206			

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
205	Quel est le montant total que vous avez payé pour tous les services ou traitements que vous avez reçus dans cette structure aujourd'hui ?	SOMME TOTALE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 999998	
206	Est-ce que cette structure est la plus proche de chez vous ?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	→ 208 → 208
207	Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allée à la structure la plus proche de chez vous ? S'IL Y A PLUSIEURS RAISONS, SONDEZ POUR LA RAISON PRINCIPALE OU LA PLUS IMPORTANTE.	HEURES DE SERVICE PAS COMMODES 01 MAUVAISE REPUTATION .. 02 N'AIME PAS LE PERSONNEL ..03 PAS DE MEDICAMENTS04 PREFERE RESTER ANONYME 05 C'EST PLUS CHER 06 REFERENCE/TRANSFERT07 AUTRE96 NSP98	
208	En général, laquelle des assertions suivantes décrit le mieux votre opinion sur les services reçus ou fournis dans cette structure aujourd'hui. LIRE TOUTES LES ASSERTIONS, CHOISIR UN SEUL 01) JE SUIS TRES SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS1 02) JE SUIS PLUS OU MOINS SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS 2 03) JE NE SUIS PAS SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS3		
209	Pourriez-vous recommander cette structure à un ami ou à un membre de votre famille?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	

3. Caractéristiques personnelles de la cliente

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur vous-même. Je voudrais avoir de votre part des réponses sincères car ces informations nous aideront à améliorer les services.</p>			
302	Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEES NSP.....	<input type="text"/> <input type="text"/> 98
303	Avez-vous déjà fréquenté l'école (formelle)?	OUI 1 NON 2	→ 305
304	Quel est le plus haut niveau d'instruction que vous avez atteint? ADAPTER AU SYSTEME DU PAYS	PRIMAIRE..... 1 SECONDAIRE..... 2 SUPERIEUR/UNIVERSITAIRE.. 3	→ 306 <input type="text"/>
305	Savez-vous lire ou écrire?	OUI, LIRE ET Ecrire .. 1 OUI, LIRE SEULEMENT .. 2 NON 3	
306	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<p>Merci infiniment d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. De nouveau, n'importe quelle information que vous avez fournie sera maintenue complètement confidentielle. Merci encore et bonne journée !</p>		
<p>Commentaires de l'enquêteur:</p>			